



**WELL CHILD EXAM - INFANCY: 9 MONTHS**  
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE \_\_\_\_\_

INFANCIA: 9 MESES					
<b>A SER COMPLETADO POR EL PADRE/LA MADRE ACERCA DEL NIÑO(A)</b>	NOMBRE DEL NIÑO(A)		FECHA DE NACIMIENTO		
	ALERGIAS		MEDICAMENTOS ACTUALES		
	ENFERMEDADES/ACCIDENTES/PROBLEMAS/PREOCUPACIONES DESDE LA ÚLTIMA VISITA				
	SÍ	NO	Mi bebé puede alimentarse con sus dedos.	SÍ	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mi bebé entiende algunas palabras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mi bebé juega al "peek-a-boo" y al "pat-a-cake".
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mi bebé se despierta de noche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mi bebé puede ver y oír.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Siento preocupación por mis frecuentes momentos de tristeza.			

WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	HEAD CIR. PERCENTILE	
<input type="checkbox"/> Review of systems <input type="checkbox"/> Review of family history		Diet _____ Elimination _____ Sleep _____	
Screening:		<input type="checkbox"/> Hct/Hgb <input type="checkbox"/> Review Immunization Record <input type="checkbox"/> Fluoride Supplements <input type="checkbox"/> Fluoride Varnish	
	N	A	
Hearing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Development	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Behavior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Social/Emotional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gross Motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fine Motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Physical:		N	A
General appearance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungs <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Head/Fontanelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Eyes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ears	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitalia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Oropharynx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremities <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Neck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurological <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Describe abnormal findings:			
_____			
_____			
_____			
Health Education/Anticipatory Guidance: (Check all completed)			
<input type="checkbox"/> Family Planning <input type="checkbox"/> Safety <input type="checkbox"/> No Bottle in Bed			
<input type="checkbox"/> Development <input type="checkbox"/> Crib Safety <input type="checkbox"/> Shaken Baby Syndrome			
<input type="checkbox"/> Infant Bond <input type="checkbox"/> Feeding/colic <input type="checkbox"/> Fever			
<input type="checkbox"/> Teeth Cleaning <input type="checkbox"/> Bedtime ritual <input type="checkbox"/> Language Stimulation			
<input type="checkbox"/> Stranger Anxiety <input type="checkbox"/> Appropriate Car Seat <input type="checkbox"/> Child care			
<input type="checkbox"/> Passive Smoke <input type="checkbox"/> Syrup of Ipecac			
<input type="checkbox"/> Other: _____			
Assessment: _____ _____ _____ _____ _____			
IMMUNIZATIONS GIVEN			
REFERRALS			

<b>NEXT VISIT: 12 MONTHS OF AGE</b>	HEALTH PROVIDER NAME
HEALTH PROVIDER SIGNATURE	HEALTH PROVIDER ADDRESS

DISTRIBUTION: White - Physician    Yellow - Parent/Guardian

# INFANCY: 9 MONTHS

## Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Infancy (9 months)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions.  
They are not comprehensive guidelines.

### Fluoride Screen

Check with local health department for fluoride concentration in local water supply, then use clinical judgment in screening. Look for white spots or decay on teeth. Check for history of decay in family.

### Tuberculosis Screen

Screen for these risk factors:

- Members of household with tuberculosis or in close contact with those who have the disease.
- In close contact with recent immigrants or refugees from countries in which tuberculosis common (e.g., Asia, Africa, Central and South America, Pacific Islands); migrant workers; residents of correctional institutions or homeless shelters or persons with certain underlying medical disorders.

### Polio Virus Vaccine

Give a dose of inactivated polio virus (IPV) vaccine:

- at 2 months.
- at 4 months.
- at 6-18 months.

### Developmental Milestones

Always ask parents if they have concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire, the Denver II, the ELMS2 (a language screen), or the MacArthur Communications Development Inventory.

Yes	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Sits without support.</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Stands holding on.</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cruises.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Imitates speech sounds.</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thumb-finger grasp.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Says "Dada" or Mama" nonspecifically.</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Responds to name.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plays "Peek-a-boo."
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avoids eye contact.

**Instructions for developmental milestones:** At least 90% of infants should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on *even one* of the underlined items, or if you have checked the **boxed item** (abnormal behavior at this age), refer the infant for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies with questions or concerns on childhood development.**



# EXAMEN WELL "CHILD" (NIÑOS SANOS) - INFANCIA: 9 MESES

WELL CHILD EXAM - INFANCY: 9 MONTHS  
(Cumple con los lineamientos EPSDT)

FECHA

## INFANCIA: 9 MESES

A SER COMPLETADO POR EL PADRE/LA MADRE ACERCA DEL NIÑO(A)

NOMBRE DEL NIÑO(A)		FECHA DE NACIMIENTO	
ALERGIAS		MEDICAMENTOS ACTUALES	
ENFERMEDADES/ACCIDENTES/PROBLEMAS/PREOCUPACIONES DESDE LA ÚLTIMA VISITA			
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi bebé puede alimentarse con sus dedos.		Mi bebé puede desplazarse por sus propios medios.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi bebé entiende algunas palabras.		Mi bebé juega al "peek-a-boo" y al "pat-a-cake".	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi bebé se despierta de noche.		Mi bebé puede ver y oír.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siento preocupación por mis frecuentes momentos de tristeza.			

PESO KG./OZ. PORCENTAJE	ALTURA CM/IN. PORCENTAJE	CIR. DE LA CABEZA PORCENTAJE
-------------------------	--------------------------	------------------------------

Revisión de los sistemas     Revisión del historial familiar

Exploración:	N	A	
Audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Comportamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Social/Emocional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Habilidad motora general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Habilidad motora específica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Físico:	N	A	
Apariencia general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pecho <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pulmones <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cabeza/Fontanela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pulsaciones/ Cardiovasculares <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nariz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Columna <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Orofaringe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremidades <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sistema Neurológico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ganglios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Describe anomalías encontradas:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alimentación \_\_\_\_\_

Eliminación \_\_\_\_\_

Sueño \_\_\_\_\_

Hct/Hgb     Revisión del historial de inmunizaciones

Suplementos de Fluoruro     Barniz de fluoruro

Educación de la salud/Guía anticipada: (Marcar lo que se completó)

Planificación familiar     Seguridad     Sin biberón en la cama

Desarrollo     Seguridad en la cuna     Síndrome del bebé sacudido

Vínculo del infante     Alimentación/Cólico     Fiebre

Limpieza dental     Costumbre para dormir     Estímulo de lenguaje

Ansiedad por extraños     Asiento de automóvil apropiado     Cuidado de niños

Fumador pasivo     Jarabe de Ipecac

Otro: \_\_\_\_\_

Evaluación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

INMUNIZACIONES ADMINISTRADAS

DERIVACIONES

**PRÓXIMA VISITA: 12 MESES DE EDAD**

FIRMA DEL PROVEEDOR DE CUIDADO A LA SALUD

NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SALUD

DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR DE SALUD

# INFANCIA: 9 MESES

# La salud de su bebé a los 9 meses

## Indicadores de logros

### Formas de desarrollo de su bebé entre los 9 y 12 meses de edad.

Gatea por todo el piso.

Se para y se mueve sosteniéndose de los muebles.

Podría comenzar a caminar.

Señala las cosas que quiere.

Bebe de una taza y se alimenta solo.

Juega a juegos como el "amasar queques" (pat-a-cake) y "quién está ahí" (pick-a-boo).

Comienza a pronunciar palabras como "mama", "papa" y "bye bye".

**Cuando usted juega con su bebé, le ayuda a adquirir nuevas habilidades.**

## Para ayuda o más información

**Examen gratis de desarrollo:** Línea de Derivación e Información Healthy Mothers, Healthy Babies (Madres Sanas, Bebés Sanos), 1-800-322-2588 (voz) ó 1-800-833-6388 (TTY Servicio de Retransmisión)

**Seguridad del asiento para automóvil:** Coalición para Restricción de Seguridad (Safety Restraint Coalition), 1-800-BUCK-L-UP (voz) ó 1-800-833-6388 (TTY Servicio de Retransmisión)

**Bebés con necesidades especiales:** Padres a Padres, 1-800-821-5927.

**Prevención contra envenenamiento:** Centro de Envenenamiento de Washington, 1-800-732-6985 (voz) 1-800-572-0639 (TTY Servicio de Retransmisión) Llame al 911 en una emergencia.

## Consejos de salud

Continúe amamantándolo lo más que pueda, por lo menos durante el primer año.

La leche materna o fórmula es todavía el alimento más importante de su bebé. Él también necesita alimentos sólidos blandos, hechos papilla.

Mantenga saludables los dientes nuevos de su bebé. Límpielos después de cada comida. Utilice la esquina de una tela limpia o un cepillo de dientes suave y pequeño. Evite darle el biberón en la cama.

Los antibióticos no son siempre la mejor medicina. Estos no funcionan para gripes u otros virus. Darle antibióticos a su bebé cuando no los necesita puede ser perjudicial.

Deje que su bebé practique usando una taza. Ofrézcale agua, leche materna o fórmula en una taza con pico. Si su bebé usa un biberón, planea cambiarlo por una taza cuando tenga alrededor de 1 año.

Lávese las manos seguido, especialmente después de cambiar el pañal y antes de alimentarlo. Lave los juguetes de su bebé con agua y jabón.

## Consejos sobre Paternidad/Maternidad responsable

Cada bebé se desarrolla a su manera. Su bebé debe seguir aprendiendo y cambiando. Si usted cree que no se está desarrollando apropiadamente, hable con su médico o enfermera. Para exámenes gratis de desarrollo, llame a Healthy Mothers, Healthy Babies (Madres Sanas, Bebés Sanos) (ver número a la izquierda).

## Consejos de seguridad

Siempre vigile a su bebé en la bañera. Se puede ahogar de forma rápida y silenciosa con solo unas pocas pulgadas de agua. Llévelo con usted si tiene que salir de la habitación.

Colóquele el cinturón de seguridad en un asiento infantil para automóvil mirando hacia atrás durante todo el primer año. Manténgalo en el asiento de atrás, el lugar más seguro para que viajen los niños.